

UNIVERSITE DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1939-1940. — N° 84

LUXATIONS ACROMIO-CLAVICULAIRES

ÉTUDE CLINIQUE ET THÉRAPEUTIQUE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le lundi 27 novembre 1939

PAR

Marie-Joseph-Louis-Georges ROUSSET

Né à CUREPIPE (Ile Maurice), le 19 janvier 1910

Examinateurs de la Thèse

{	MM. GUYOT, professeur	Président.
	DUVERGEY, professeur	Juges.
	PAPIN, professeur	
	MASSÉ, agrégé	

BORDEAUX
IMPRIMERIE-LIBRAIRIE DELMAS

6, Place Saint-Christoly

1939

UNIVERSITE DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1939-1940. — N° 84

LUXATIONS ACROMIO-CLAVICULAIRES

ÉTUDE CLINIQUE ET THÉRAPEUTIQUE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le lundi 27 novembre 1939

PAR

Marie-Joseph-Louis-Georges ROUSSET

Né à CUREPIPE (Ile Maurice), le 19 janvier 1910

Examineurs de la Thèse	{	MM. GUYOT, professeur	Président
		DUVERGEY, professeur	Juges.
		PAPIN, professeur	
		MASSÉ, agrégé	

BORDEAUX

IMPRIMERIE-LIBRAIRIE DELMAS

6. Place Saint-Christoly

1939

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

DOYEN : M. MAURIAC.

ASSESSEUR : M. LABAT.

DOYEN HONORAIRE : M. C. SIGALAS.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. POUSSON, MOURE, BARTHE, DENIGES, BEILLE, CASSAËT,
CHAVANNAZ, C. SIGALAS, SABRAZES, BÉGOUIN, DUPOUY, A. MANDOUL.

PROFESSEURS :

	MM.		MM.
Clinique médicale	MAURIAC.	Zoologie et parasitologie	N.
id.	DUPÉRIÉ.	Médecine expérimentale	AUBERTIN.
Clinique chirurgicale et gynécologique	GUYOT.	Clinique ophtalmologique	TEULIÈRES.
Clinique chirurgicale	PAPIN.	Clinique chirurg. infantile et orthopédie	ROCHER.
Pathologie et thérapeutique générales	CARLES.	Clinique méd. des maladies des enfants	CRUCHET.
Clinique d'accouchements	ANDÉRODIAS.	Chimie biologique et médicale	MACHEBOEUF.
Anatomie pathol. et microscopie clinique	DAMADE.	Physique médicale et pharmaceutique	WANGERMEZ.
Anatomie	VILLEMIN.	Médec. coloniale et clin. des mal. exotiques	BONNIN.
Anatomie générale et histologie	G. DUBREUIL.	Clinique des malad. cutanées et syphilitiques	PETGES.
Hygiène	LEURET.	Clinique des maladies des voies urinaires	DUVERGEY.
Médecine légale et déontologie	LANDE.	Clinique des malad. nerveuses et mentales	ABADIE.
Electroradiologie et clin. d'électricité médic.	RÉCHOU.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie	PORTMANN.
Chimie	CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée	LABAT.
Botanique et matière médicale	GOLSE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie	CREYX.
Pharmacie	VITTE.	Clinique odonto-stomatologique	DUBECQ.
Physiologie	FABRE.		

MM. LACOSTE (Histologie). PERY (Obstétrique). PERRENS (Maladies mentales). R. SIGALAS (Parasitologie et sciences naturelles). JEANNENEY, CHARRIER (Chirurgie générale).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.		MM.
Anatomie	DUFOUR.	Chirurgie générale	MAGENDIE.
Physiologie	FRANCK.	id.	POUYANNE.
Médecine générale	PIÉCHAUD.	Obstétrique	RIVIÈRE.
id.	DELMAS-MARSALET.	id.	MAHON.
id.	DE GRAILLY.	Ophthalmologie	BEAUVIEUX.
id.	FONTAN.	Oto-rhino-laryngologie	DESPONS.
id.	BROUSTET.	Dermatologie et syphiligraphie	JOULIA.
id.	DERVILLEE.	Physique médicale	AURIAC.
id.	SARIC.	Chimie générale pharmaceut. et toxicologie	CASTAGNOU.
id.	DUBARRY.	Histoire naturelle pharmaceutique	GIRARD.
Chirurgie générale	LOUBAT.	Pharmacie	MESNARD.
id.	MASSÉ.	id.	GRANGER.
id.	DARGET.	Histoire natur. médicale et parasitologie	R. MANDOUL.

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.		MM.
Médecine opératoire	JEANNENEY.	Ophtalmologie	CABANNES (en congé).
Accouchements	RIVIÈRE.	Physique médicale et pharmaceut. que	AURIAC.
Pathologie médicale	DELMAS-MARSALET.	Anatomie	J. BEAUVIEUX.
Puériculture	FAUGÈRE.	Chimie minérale	CASTAGNOU.
Zoologie et parasitologie	R. SIGALAS.	Botanique	GIRARD.
Médecine légale	DERVILLEE.	Pharmacie galénique	MESNARD.
Urologie	DARGET.	Bactériologie	MOUREAU.
Législation pharmaceutique	POPLAWSKI.	Physiologie	PETITEAU.

Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes. N.

Le Secrétaire de la Faculté : ROUGERIE.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PERE — A MA MERE

Qui m'ont fait reprendre mes études
et m'ont dirigé vers la carrière médicale.
Toute mon affectueuse reconnaissance.

A MA TRES CHERE FEMME

Qui fut pour moi une collaboratrice
dévouée et éclairée.

A MON PETIT FRANÇOIS BIEN-AIME

A MA SOEUR

Qui a été la plus agréable compagne
d'études.

A MES FRERES

A MA BELLE-MERE

Toute mon affectueuse reconnaissance
pour ce qu'elle a fait pour moi.

A MES PARENTS ET A MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR JEANNENEY

*Chirurgien des Hôpitaux,
Chirurgien adjoint du Centre régional contre le cancer,
Membre correspondant de l'Académie de Chirurgie,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Croix de guerre,
Officier de l'Instruction publique.*

Qui m'a toujours témoigné une grande
sympathie, et qui voudra bien trouver
ici l'expression de ma respectueuse
admiration.

A MES PROFESSEURS DE LA FACULTE DE PARIS

A MES PROFESSEURS DE LA FACULTE DE BORDEAUX

A MON PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR J. GUYOT

*Professeur de Clinique chirurgicale et gynécologique,
Chirurgien de l'Hôpital Saint-André,
Membre correspondant de l'Académie de Chirurgie,
Vice-Président de la Société française de Gynécologie,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Croix de guerre,
Officier de l'Instruction publique.*

Qui m'a fourni le sujet de cette thèse
et qui m'a fait le grand honneur de la
présider. Je lui adresse mes plus vifs
remerciements et ma profonde reconnaissance.

LUXATIONS ACROMIO-CLAVICULAIRES

ÉTUDE CLINIQUE ET THÉRAPEUTIQUE

INTRODUCTION

Les luxations acromio-claviculaires sont connues depuis très longtemps. Hippocrate, Gallien, Ambroise Paré, les ont étudiées. Au cours du XVIII^e siècle on s'est appliqué à fouiller la question, à rechercher le mécanisme de ces luxations, mais ce n'est qu'au XIX^e siècle qu'on les a définitivement classées, et qu'on a fait appel à une thérapeutique autre que les moyens de contention par bandage ou plâtre, nous voulons parler de la réduction sanglante.

Dans cet ouvrage, nous insisterons sur les différentes opérations et sur leurs résultats. Pour pouvoir les suivre, nous pensons qu'il serait utile de décrire en quelques lignes l'articulation acromio-claviculaire.

Nous ferons ensuite une brève étude clinique, agrémentée de quelques observations, avant d'en arriver au traitement.

RAPPELS ANATOMIQUES

L'articulation acromio-claviculaire est une arthrodie, c'est-à-dire composée de deux surfaces planes, maintenues en contact par une capsule et des ligaments irrégulièrement disposés. Les seuls mouvements dont elle est le siège sont des mouvements de glissement permettant cependant à l'omoplate des déplacements étendus.

Surfaces articulaires.

a) Du côté de la clavicule se trouve une facette elliptique allongée d'avant en arrière, située à l'extrémité externe de l'os. Elle est plane, regarde en dehors, et un peu en bas.

b) Du côté de l'acromion se trouve une facette de même forme occupant le bord antérieur de l'apophyse, inversement orientée; elle regarde en dedans et un peu en haut.

Sur les os en place, l'extrémité de la clavicule se trouve reposer sur l'acromion. Les deux surfaces sont revêtues de fibrocartilage, ce dernier étant plus épais sur la facette acromiale, et surtout dans sa partie supérieure.

Moyens d'union.

Une capsule fibreuse s'insérant au pourtour des deux facettes articulaires les réunit. Elle est renfoncée en haut et en bas par deux ligaments :

a) Le ligament acromio-claviculaire supérieur qui se fixe en dehors, à la face supérieure de l'acromion, et en dedans à la face supérieure de l'extrémité externe de la clavicule.

Ce ligament est épais et résistant; il est composé de fibres transversales.

b) Le ligament acromio-claviculaire inférieur, quand il existe, est formé de quelques fibres transversales allant de la face inférieure de l'acromion à la face inférieure de l'extrémité externe de la clavicule.

c) Dans 34 p. 100 des cas, une lame fibro-cartilagineuse, jouant le rôle de ménisque intra-articulaire, sépare les deux facettes articulaires. La morphologie et le mode de fixation de cette lame fibro-cartilagineuse sont sujets à de nombreuses variations.

d) La synoviale tapisse la face profonde de la capsule fibreuse; elle est aussi sujette à de nombreuses variations.

Bien que ne faisant pas partie de l'articulation que nous étudions, nous attirons l'attention sur l'action des ligaments coraco-claviculaire antéro-externe ou trapézoïde, et coraco-claviculaire postéro-interne ou conoïde. Ces deux ligaments attirent en bas l'extrémité externe de la clavicule et maintiennent la facette articulo-claviculaire sur la facette acromiale.

e) L'articulation acromio-claviculaire répond : en avant, aux faisceaux moyens du deltoïde; en arrière, aux faisceaux moyens du trapèze.

Sa face inférieure répond aux ligaments acromio-coracoïdiens en avant et au muscle sus-épineux en arrière. Nous insisterons particulièrement sur le fait que sa face supérieure est sous-cutanée.

Ce bref exposé anatomique va nous faire comprendre aisément les dégâts anatomiques nécessaires à la production des luxations de l'extrémité externe de la clavicule, et nous aidera à retenir leurs différentes formes cliniques.

PHYSIOLOGIE DE L'ARTICULATION

L'articulation acromio-claviculaire est le siège de mouvements de glissements qui se font :

1° Dans la projection du bras en avant lorsque le bras atteint un angle de 45° avec la verticale, l'acromion attiré par les fibres postérieures du deltoïde glisse en avant, tandis que la clavicule se porte en arrière et en haut. L'amplitude du déplacement peut être évaluée à 1 centimètre ou 1 cm. 5.

2° Dans les mouvements d'abduction du bras, il y a aussi un léger glissement de l'acromion en avant. Les faits ont été observés par Poirier et contrôlés par Cadenat.

ETUDE CLINIQUE

Luxations de l'extrémité externe de la clavicule.

Selon les déplacements plus ou moins importants de l'extrémité externe de la clavicule, on peut définir trois sortes de luxations acromio-claviculaires :

a) L'extrémité claviculaire se porte en haut après avoir rompu ses attaches avec l'acromion; c'est la luxation sus-acromiale la plus fréquente;

b) L'extrémité de la clavicule se porte en bas et parvient à passer sous l'acromion; c'est la forme sous-coracoïdienne; elle est rare;

c) L'extrémité de la clavicule peut arriver à passer sous l'apophyse coracoïde; c'est la forme sous-coracoïdienne; elle est exceptionnelle.

C'est la luxation sus-acromiale qui nous intéresse le plus. Nous allons donc étudier très sommairement le mécanisme de cette forme de luxation, et nous verrons qu'il en existe deux types qui sont facteurs de l'importance du traumatisme.

Ces luxations se voient surtout chez l'homme après une chute, un coup violent, une forte pression sur le moignon de l'épaule. Sous l'influence du traumatisme, l'acromion s'abaisse, la clavicule se trouve être en contact avec l'apophyse coracoïde; ne pouvant suivre le mouvement, elle s'arc-boute sur la première côte, et rompt ses moyens d'attache avec l'acromion et avec l'apophyse coracoïde; la luxation complète est ainsi réalisée.

Au contraire, on dit qu'il y a seulement luxation incom-

plète si au cours de chocs, de contractions musculaires brusques, les surfaces articulaires ne perdent pas entièrement contact, et si seuls se trouvent déchirés la capsule et les ligaments acromio-claviculaires.

Nous insisterons sur ces deux types de la luxation sus-acromiale, car nous verrons qu'à chacun d'eux s'adressent des thérapeutiques particulières. La pathogénie et les différents types de luxation de l'extrémité externe de la clavicule ont été vérifiés à l'autopsie par Mesnard et au cours des opérations (P. Delbet). Cette question a été longuement et souvent traitée par Poirier et Rieffel, Caraven, Paci, Delbet, Mocquot, Cadenat, etc.

Signes cliniques.

— L'inspection d'un malade atteint de luxation acromio-claviculaire est assez trompeuse à première vue. L'interrogatoire du malade nous aura appris qu'il a fait soit une chute sur le moignon de l'épaule, soit reçu un brusque choc sur sa région deltoïdienne, soit qu'il a été comprimé transversalement; dans tous les cas, il se présente la tête baissée et tournée vers l'épaule atteinte, le membre du même côté étant fléchi et soutenu par la main du côté sain. Devant cet aspect, on pensera à une fracture de la clavicule. Mais ayant fait mettre le malade torse nu, on notera d'abord que l'impotence fonctionnelle n'est pas absolue; si on l'aide à se dévêtir avec douceur; on notera aussi que la douleur existe plus ou moins vive.

Examinons alors l'épaule malade comparativement à l'épaule saine; nous noterons : la saillie plus ou moins forte de l'extrémité externe de la clavicule; une dépression plus ou moins profonde la séparant de l'acromion. Le moignon de l'épaule étant abaissé, le bras paraît allongé. Le creux sus-claviculaire est effacé lorsque la clavicule est fortement luxée en arrière.

— La palpation de dehors en dedans nous permet de sen-

tir un ressaut. Le doigt vient buter sur l'extrémité claviculaire, qui est douloureuse. Cette extrémité sera plus ou moins mobile selon que les muscles trapèze et deltoïde seront plus ou moins contracturés. On s'apercevra de même que tous les mouvements passifs imprimés au bras restent possibles.

La distance acromio-claviculaire est diminuée par rapport au côté sain. Tels sont les signes qui nous feront porter le diagnostic de luxation sus-acromiale complète de l'extrémité externe de la clavicule. Ce diagnostic sera confirmé d'ailleurs par la réduction qu'on peut obtenir en relevant le moignon de l'épaule, pour porter la surface articulaire acromiale au contact de la surface articulaire claviculaire, que l'on abaissera en pressant sur l'extrémité externe de la clavicule. Cette réduction ne dure que le temps pendant lequel on la maintient.

Dans le cas de luxation sus-acromiale incomplète, très souvent on ne trouve que deux signes : une douleur siégeant au niveau de l'articulation acromio-claviculaire et une légère déformation.

En tout cas, la radiographie fait le diagnostic. Il est intéressant de radiographier les deux épaules à titre de comparaison.

Le diagnostic.

Le diagnostic de la luxation sus-acromiale est facile à faire. On écartera par l'examen toutes les lésions pouvant porter sur l'articulation scapulo-humérale : luxation, fracture de la tête, fracture marginale du cotyle, contusion de l'épaule. La confusion ne peut exister qu'avec la fracture du tiers externe de la clavicule. Mais dans ce dernier cas, il existe un point douloureux exquis, une mobilité en touche de piano, de la crépitation, cependant que l'extrémité de la clavicule reste en contact avec l'acromion. En cas d'hésitation, la radiographie fera le diagnostic.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (inédite).

(Due à l'obligeance de M. le Professeur J. GUYOT.)

X..., 58 ans, propriétaire dans les Landes, vient nous consulter. il y a dix ans pour un traumastime de l'épaule droite. Etant à bicyclette trois jours auparavant, il dérapa et fit une chute sur l'épaule. Depuis, il accuse une douleur vive et une limitation des mouvements d'abduction et invalidité du bras.

A l'examen, il existe au niveau de la voûte acromio-claviculaire une déformation très nette avec saillie anormale de l'extrémité externe de la clavicule qui soulève la peau en marche d'escalier. A la pression, on a le signe « de la touche de piano ». La radio confirme le diagnostic de luxation de l'extrémité externe de la clavicule.

Sous anesthésie générale, une incision à lambeau de concavité interne découvre le foyer traumatique; on extrait quelques caillots; on suture au fil de bronze, après réduction parfaite de la luxation.

Le malade, revu depuis à plusieurs reprises, a récupéré le fonctionnement intégral du membre supérieur droit.

OBSERVATION II (inédite).

(Due à l'obligeance de M. le Professeur J. GUYOT.)

D..., 19 ans, est adressé par son médecin traitant, M. le Docteur Meyssan, pour un traumatisme de l'épaule (sept. 1939).

Le malade, sujet jeune et vigoureux, a eu un accident d'automobile.

Par temps de pluie, dans la nuit, l'auto a dérapé, et il s'est trouvé à son volant, la voiture dans un fossé bordant la route. Il a ressenti une violente douleur au niveau de l'épaule : la douleur, l'impotence fonctionnelle et la déformation font porter le diagnostic, confirmé par la radiographie, de luxation acromioclaviculaire.

Deux jours après l'accident, sous anesthésie à l'éther, on pratique une suture osseuse au fil de bronze; le rapprochement des os est parfait. Les points de suture sont enlevés au huitième jour et le bras immobilisé dans une écharpe : excellent résultat.

TRAITEMENT

Les luxations acromio-claviculaires, quelles que soient leurs variétés, seront traitées comme toutes autres luxations. en deux temps : 1° un temps de réduction; 2° un temps de contention.

Il existe deux sortes de traitements :

- les uns non sanglants;
- les autres sanglants.

I. — *Traitements non sanglants.*

Nous allons d'abord nous intéresser aux variétés les moins fréquentes de luxation de l'extrémité externe de la clavicule.

Dans la luxation sous-coracoïdienne, qui s'observe surtout chez les vieillards, l'extrémité externe de la clavicule, par suite de traumatisme, vient se fixer sous la coracoïde. Pour la déloger, il faudra faire des tractions dirigées en arrière. Pour ce faire, deux aides sont nécessaires : le premier exercera sur le bras des tractions en arrière et en dedans; le second pratiquera la contre-extension à l'aide d'une alèze ceinturant le thorax pendant que le chirurgien saisira la clavicule, la dégagera de dessous la coracoïde et la ramènera en bonne position.

Dans la variété sous-acromiale, l'extrémité externe de la clavicule, ayant rompu avec toutes ses attaches, qu'elles soient acromiales ou coracoïdiennes, se loge entre l'acromion et l'articulation scapulo-humérale; la réduction se fait facilement par des tractions sur le bras porté en abduction,

ou en cintrant en arrière les deux épaules avec le genou appliqué sur la colonne vertébrale, entre les deux omoplates.

Dans la luxation sus-acromiale incomplète, la réduction est excessivement facile à de rares exceptions près. Broca a observé un cas où l'extrémité externe de la clavicule avait embroché quelques fibres du trapèze qu'il a fallu sectionner pour pouvoir faire la réduction.

Normalement, il suffira de porter le moignon de l'épaule en haut et en arrière, pendant qu'on abaissera la clavicule.

La luxation sus-acromiale complète se réduira de la même manière.

Dans toutes ces variétés, il est un fait sur lequel les auteurs sont d'accord, c'est que si la réduction n'est pas maintenue, la luxation se reproduit immédiatement.

Quels vont être les différents moyens de contention?

Il semble qu'on en a essayé beaucoup avec des résultats divers. On a tout d'abord essayé : des bandages (Desault, Gerdy), le corset avec-courroies formant bretelles, l'appareil à bandes élastiques de Morel-Lavallée, l'appareil de Logié, et tant d'autres... Ils ont tous comme principal inconvénient de se relâcher. Si jamais on les maintient très serrés ils occasionnent des douleurs insupportables, des escarres telles que les blessés ne peuvent plus les supporter. Les appareils plâtrés maintiennent parfaitement la réduction, mais pour cela doivent ceinturer la partie haute de l'abdomen, le thorax, le bras, l'avant-bras du côté malade, et c'est là leur grand inconvénient.

Le procédé qui aurait nos préférences est celui qui consiste à porter le bras en abduction forcée, et de le maintenir dans cette position grâce à un appareil genre Pouliquen ou autre. Cet appareil permet, en effet, la mobilité de l'avant-bras. Clavelin, dans son *Précis d'appareillage*, préconise ce procédé, qui a toujours donné d'excellents résultats tant au point de vue anatomique qu'au point de vue fonctionnel.

Tels sont les différents modes de traitements non sanglants.

II. — *Traitements sanglants.*

Certaines luxations acromio-claviculaires doivent être opérées. Ce sont celles où l'élévation de la clavicule et le chevauchement sont très accusés, celles qu'on ne pourra réduire de façon satisfaisante à l'aide d'appareils.

Les procédés opératoires sont excessivement nombreux, et semblent tous avoir donné d'excellents résultats entre les mains de leurs auteurs. Il existe trois sortes de procédés dont dérivent une multitude d'autres qui n'en diffèrent que par la ligne d'incision, par le mode de suture, par la façon de lier et de refermer la plaie opératoire.

Ces trois procédés sont : la suture directe acromio-claviculaire, la syndesmopexie, et la ligamentoplastie coraco-claviculaire.

A. — Suture directe acromio-claviculaire.

C'est Samuël Cooper, de San-Francisco, qui le premier, en 1861, sutura la clavicule à l'acromion. Il traita ainsi trois luxations anciennes, obtenant un excellent résultat pour l'époque. Baum, Paci, employèrent, à quelques différences près, la même méthode avec succès. Poirier et Rieffel décrivent ainsi la technique qu'ils suivirent au cours de deux interventions : incision des téguments, rectiligne, parallèle à l'interligne, ou curviligne, longeant la courbure du bord postérieur de la clavicule et empiétant un peu sur l'acromion. On tombe alors en général sur les fibres tendineuses entre-croisées du trapèze et du deltoïde qu'on écarte pour voir le fond de la plaie. S'il y a des caillots, les enlever soigneusement, puis faire un avivement ou même une résection des surfaces articulaires si la réduction est difficile. Faire maintenir la réduction par un aide et passer deux ou même trois fils métalliques de l'acromion à la clavicule, ensuite suture au catgut du ligament acromio-claviculaire, et enfin suture des téguments.

Schwartz publie un cas de luxation acromio-claviculaire qu'il a réduit et maintenu à l'aide d'une agrafe de Jacoël. Quelque temps après, radiographiant son malade, il constate un écartement tel qu'il lui semble impossible de ne pas penser à une raréfaction osseuse aux points d'implantation de l'agrafe.

Tuffier, à la Société de chirurgie de Paris, a insisté, en effet, sur l'emploi de fils et d'agrafes le plus fins possible afin d'éviter la raréfaction osseuse. Autre inconvénient des fils métalliques, c'est la lésion des plans cutanés que peuvent produire les nœuds; aussi certains auteurs ont cherché à éviter leur emploi.

Von Budinger perce l'acromion avec un perforateur, et enfonce une vis de 3 centimètres jusque dans la clavicule. Mannheim décrit un procédé imaginé par Bier. On fait une incision arciforme suivant le trajet de l'extrémité externe de la clavicule passant sur l'acromion et redescendant à la face externe du moignon de l'épaule. Dissection des muscles, abordage de l'articulation, les surfaces articulaires sont remises en contact. Une tige métallique traverse l'acromion puis l'articulation, puis l'extrémité externe de la clavicule, où elle est enfoncée sur 3 à 4 centimètres. On la laisse, on suture la peau, et on ne retire la tige qu'au bout de quatre semaines. Cette arthrodèse donnerait des résultats médiocres à cause des douleurs persistants et des signes d'arthrite.

Les corps métalliques employés pour les sutures osseuses semblant donner quelques mauvais résultats, on s'est adressé aux fils de soie, aux bandes aponévrotiques. Tuffier fait des sutures au fil de soie, mais constate un inconvénient; c'est que la réduction n'est pas parfaite. Mitchell publie pourtant deux résultats excellents; l'auteur, après avoir avivé les surfaces articulaires en enlevant le fibro-cartilage, fait une suture au fil de soie. Deux de ses opérés jouaient au rugby deux mois après l'opération.

Furst (A.), de Prague, préconise le procédé suivant : fixa-

tion des deux os par une bandelette aponévrotique. On fait une incision courbe suivant le bord postérieur de la clavicule et de l'acromion. On extirpe les débris de la capsule déchirée. On traverse obliquement avec un assez gros perforateur l'acromion au niveau du bord antérieur et du bord postérieur de la surface articulaire. La clavicule est perforée transversalement à 1 centimètre de son extrémité externe. On prélève un bout de fascia lata de 14 à 16 centimètres de long sur 15 millimètres de large. On le passe par la perforation antérieure acromiale, puis par la perforation transversale claviculaire, puis par la perforation postérieure acromiale, et l'on noue les deux bouts. On rabat leurs portions libres sur l'articulation, et on les fixe au périoste. On commence la mobilisation passive et active après huit à dix jours. Il y a récupération fonctionnelle en quatre semaines. Sur 3 interventions, l'auteur a 2 opérés guéris après trois ans, et 2 autres après plus de deux ans.

En général, tous ces procédés tentent et arrivent à produire une ankylose de l'articulation acromio-claviculaire. Si les résultats anatomiques sont bons, les résultats fonctionnels laissent partiellement à désirer. En effet, tous les mouvements ne sont pas possibles, ainsi l'abduction du bras reste limitée. Il semblerait que le procédé suivant soit meilleur.

B. — Syndesmopexie.

Les protagonistes de cette méthode, qui n'entraîne pas l'ankylose acromio-claviculaire, ont été P. Delbet et Caraven.

En général, le procédé est le suivant à quelques variantes près. On passe un fil ou des fils sous la coracoïde, en embrochant le périoste on les croise en 8 de chiffre et on les noue sur la clavicule, après avoir traversé là aussi le périoste. On leur donne autant que possible la direction des ligaments coraco-claviculaires. Les résultats sont excellents lorsqu'on

utilise des trousseaux de soie plate, car le seul inconvénient du procédé semblait être la rupture des liens employés.

Certains auteurs ont eu recours à des bandes de fascia lata.

C. — Ligamentoplastie.

L'inventeur de cette méthode est le Docteur Cadenat. Il est évident que, anatomiquement, c'est le procédé parfait, car il consiste à remplacer les ligaments coraco-claviculaires rompus par les fibres postérieures du ligament acromio-coracoïdien, qu'on sectionne et qu'on dévie. On refait ensuite par une suture le ligament acromio-claviculaire supérieur. La technique exacte est donnée dans la thèse de Cadenat.

Les résultats sont excellents tant au point de vue anatomique qu'au point de vue fonctionnel. Mais cette méthode s'adresse à des opérateurs avertis.

L'intervention est plus longue et plus minutieuse que les autres interventions (sutures, syndesmopexie). Parfois, on a quelques déboires, lorsqu'on tombe par exemple sur une voûte acromio-claviculaire peu épaisse, ou trop courte. Cette opération nous semble devoir être écartée au profit de la syndesmopexie, qui est beaucoup plus facile à exécuter et qui donne des résultats aussi bons.

CONCLUSIONS

Cette question des luxations acromio-claviculaires, comme nous l'avons vu, est surtout intéressante par les nombreuses méthodes thérapeutiques qui ont été décrites et préconisées. En conclusion, nous les schématiserons ainsi :

I. — Les luxations acromiales de la clavicule peuvent être traitées :

- 1° d'une façon non sanglante, par des bandages, des plâtres, des appareils;
- 2° d'une façon sanglante par une des trois opérations suivantes :
 - a) la suture directe acromio-claviculaire;
 - b) la syndesmopexie coraco-claviculaire;
 - c) la ligamentoplastie coraco-claviculaire.

II. — Les indications thérapeutiques peuvent, il nous semble, se résumer ainsi :

- 1° les méthodes orthopédiques doivent être réservées aux luxations incomplètes et aux luxations complètes avec faible déplacement;
- 2° les méthodes opératoires s'adresseront uniquement aux luxations complètes avec gros déplacements.

III. — Les résultats dépendent :

1° De la variété de la luxation : Il est évident que les résultats seront excellents dans les cas de luxation incomplète ou de luxation complète avec un faible déplacement.

2° Du déplacement : Les luxations avec gros déplacements sont plus difficiles à réduire et à contenir.

3° De la méthode thérapeutique : Dans les luxations complètes, il semble que les meilleurs résultats ont été obtenus à l'aide de la syndesmopexie.

4° Des complications.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Reconnaissant envers mes Maîtres, je tiendrai leurs enfants et ceux de mes confrères pour des frères, et, s'ils devaient apprendre la médecine ou recourir à mes soins, je les instruirais et les soignerais sans salaire ni engagement.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir heureusement de la vie et de ma profession honoré à jamais parmi les hommes; si je le viole et que je me parjure, puisse-je avoir un sort contraire.

VU, BON A IMPRIMER

Vu Le Doyen,

Le Président,

PIERRE MAURIAC.

J. GUYOT.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Bordeaux, le 16 novembre 1939.

Le Recteur de l'Académie,

G. BOUSSAGOL.

BIBLIOGRAPHIE

- BAUM. — Fortschritte der Medizin, 1886, IV, 189.
- CADENAT. — Traitement des luxations externes de la clavicule. *Journal de chirurgie*, t. LXI, p. 16.
- CARAVEN. — Résultats éloignés d'une syndesmopexie coraco-claviculaire. *Revue de chirurgie*, t. LXV.
- COOPER. — New method of treating long standing dislocations of the scapulo-clavicular Articulation. *Amer. Journ. Med. Sc.*, Philadelphie, 1861.
- DARVOT. — Contribution à l'étude du traitement de la luxation acromio-claviculaire. Thèse Paris, 1929.
- DELBET et MOCQUOTS. — Société de chirurgie de Paris, 21 juill. 1909.
- DESAULT. — Œuvres chirurgicales, t. I, p. 84.
- FURST. — *Zentralblatt für chirurgie*, t. LX, n° 1, 7 janv. 1933.
- MALGAIGNE. — Traité des fractures et des luxations et luxation de l'extrémité externe de la clavicule. *Gazette médicale de Paris*, 1835, p. 168.
- MANHEIM. — *Deutsche Zeischrift Chirurgie*, t. XLV, 1931.
- MARCONI. — Luxation sus-acromiale de la clavicule. *Archivio Italiano di Chirurgica*, t. X, 3 nov. 1924.
- MESNARD. — Société d'anatomie de Paris, nov. 1900.
- MITCHELL. — Luxation de l'extrémité externe de la clavicule. *The British Medical Journal*, n° 3440.
- MOREL-LAVALLÉE. — *Annales de chirurgie française et étrangère*, 1843. *Archives de médecine*, 4^e série, t. II.
- PACI. — Interna metallica della lussazione sopra acromiala della clavicula. *Sperimentale*, 1899, t. XIV, 600-605.
- POIRIER. — La clavicule et ses articulations. *Journal d'anatomie et de physiologie*, 1890.

- POIRIER et RIEFFEL. — Mécanisme des luxations sus-acromiales de la clavicule; leur traitement par la suture osseuse. *Archives générales de médecine*, 1891, t. I, 396.
- TUFFIER. — Société de chirurgie de Paris, 21 juillet 1909.
- ROCHER. — Luxation acromio-claviculaire. Société d'anatomie, 1910, p. 725.
- ROCHER et MALAPLATE. — Luxation acromio-claviculaire. Ostéosynthèse par tendon de kangaroo. *Journ. de méd. de Bordeaux*, 20 févr. 1929, n° 5, p. 145.
- ROST. — *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 21 avril 1933.
- SOUPAULT (R.). — Luxation acromio-claviculaire. Opération de Cadenat. *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 13 févr. 1923, p. 263-267.

